Sujets d’examen

Hématologie

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

DE TIZI-OUZOU

FACULTE DE MEDECINE

DUREE : 1h : 10mn

EXAMEN D'HEMATOLOGIE

4EME ANNEE MEDECINE

DATE : 21/01/2016

A 09H00

- NOM :
- PRENOM :
- DOUBLANT / REPETITIF :

NOTE : ----------

20

1) L'électrophorèse de l'hémoglobine chez un patient B-thal homozygote montre : cochez la ou les réponses justes

- Une hémoglobine A2 tjrs > 3,3%
- Une hémoglobine F élevée > 20% a RDA
- Une hémoglobine S > 80%
- L'absence d'Hb A
- L'HbA est toujours supérieure > 60%

2) Dans l'hémolyse intra-vasculaire : cochez la ou les réponses justes

- L'hémolyse est liée au vieillissement normal du GR après 120 jours de vie
- Le siège de l'hémolyse est toujours intra-tissulaire
- Il en résulte une hémoglobinémie avec diminution l'haptoglobine
- Il résulte une hémoglobulinurie et hémosédirinurie

3) Les examens biologiques d'une drépanocytose homozygote peuvent mettre en évidence : cochez la ou les réponses justes

- une bilirubine indirecte >10 mg/l
- la présence de GR en faux au frottis sanguin
- une anémie microcytaire hypochrome régénérative
- un taux d'Hb F > 40% à l'électrophorèse d'Hb

4) Le diagnostic d'une drépanocytose homozygote peut-être suspecté cliniquement : cochez la ou les réponses justes

- Déformation cranio-faciale
- Un syndrome main pied chez l'enfant
- Une splénomégalie après l'âge de 10 ans
- Un syndrome infectieux grave

5) Parmi les traitements de la drépanocytose homozygote : cochez la ou les réponses justes

- Des transfusions ponctuelles de culots globulaires
- Un échange transfusionnel en cas de crises vaso-occlusives
- Vaccination anti-pneumo-coccique
- Une splénectomie
- Une greffe de moelle osseuse allogenique

6) L'électrophorèse de l'hémoglobine chez un patient présentant une double hétérozygotie S / B – Thal montre : cochez la ou les réponses justes

- Une hémoglobine F élevée > 20% a RDA
- Une hémoglobine S > 80%
- L'absence d'Hb A
- L'Hb A est toujours supérieure a 60%
- Les 02 parents présentent une Hb S à 40%.

7) L'électrophorèse d'hémoglobine chez les parents d'un patient présentant une double hétérozygotie S/B peut montrer : cochez la ou les réponses justes

- Hb A2 est supérieure à 3,3% chez les 02 parents
- Hb S > 60% chez l'un des parents
- Hb A2 > 3,3% chez l'un des parents
- Hb S égale à 40% chez l'un des parents
- Absence d'Hb A chez les 02 parents

- Citez les éléments du diagnostic clinique et biologique de l'agranulocytose ?

- Définition de l'érythroblastopénie ?

- Citez les différentes étiologies ?

- Citez les critères de la classification de camitta dans l'aplasie médullaire ?

- Citez 3 complications précoces de la transfusion sanguine ?

- Un garçon âgé de 02 ans, consulte pour hématomes répétées au moindre traumatisme. L'examen physique retrouve : un genou droit tuméfié, douloureux, apparu après un effort, T° : 37,5°. Le reste de l'examen : RAS.
  - Quel est le diagnostic le plus probable à évoquer ?

  - Un 1er est demandé : TS : 4mn ; TQ. t : 12sec ; TQ. m : 13sec
    Interprétez – le, quel paramètre manque dans ce bilan et quel serait le résultat chez ce patient ?

  - Quel est le bilan à demander pour le diagnostic de certitude ?

- Les résultats objectivent : taux de fact IX : 90% ; taux de facteur VIII : 0%
  - Quel est donc le diagnostic et sévérité de la pathologie ?

- L'enfant est traité régulièrement avec du facteur VIII à chaque épisode hémorragique, à l'âge de 10 ans, il consulte pour hémarthrose persistante, ne cédant pas après 3 jours de fact VIII à dose adéquate, un TCK de contrôle fait, après perf de fact VIII reste élevé (TCK. M : 70sec ; TCK. T : 30sec).

- Quel est la complication probable que vous évoquez dans ce cas ?

- Quel traitement peut-on alors lui proposer ?

- Quelles sont les différentes armes thérapeutiques d'un PTAI ?

- Quelles sont les lésions radiologiques caractéristiques du myélome multiple ?

- Un patient est admis en hématologie pour prise en charge d'un myélome multiple :
  Il présente des douleurs osseuses diffuses, une anémie à 6g/dl ; un pic monoclonal à l'EPP en position des gammaglobulines à 40g/l ; une protéinurie à 1g/24h ; immunofixation sérique : IgG kappa, urée : 0.3g/l, créatinine sanguine : 8mg/l, calcémie : 102mg/l, radiologie : ostéoporose diffuse.

- Comment classer ce patient la classification de Durie et Salmon ?

- Comment s'explique sur le plan physiologique la fréquence des infections dans une leucémie lymphoïde chronique ?

- Décrire l'hémogramme dans la leucémie lymphoïde chronique ?

- Quels sont les éléments cliniques et biologiques du diagnostic de leucémie myéloïde chronique ?

- Indiquez la (les) proposition (s) exacte (s) à propos des leucémies aigues myéloblastiques :
  A- Le myéloblaste est caractérisé par la présence de granulations intra-cytoplasmique et de bâtonnets d'auer.
  B- Elles peuvent être induites par des chimiothérapies de type alkylants.
  C- L'étude cytogénétique peut mettre en évidence la translocation t (8, 21).
  D- Les atteintes méningées et testiculaires sont les deux localisations extra-hématopoïétiques les plus fréquentes.
  E- La coloration cytochimique des myéloperoxydases est habituellement positive dans les cellules blastiques.

- Immunophénotypage des blastes par cytométrie dans les leucémies aigues : cochez la ou les réponses fausses
  A- Est indispensable pour confirmer le diagnostic d'une leucémie aigue
  B- Permet la recherche de l'expression de divers antigènes de différenciation membranaires ou intra-cytoplasmique
  C- Confirme l'appartenance à une lignée et apprécie le stade de différenciation
  D- Les LAL T sont CD20- ; CD2+ ; CD5+ ; CD7+.
  E- Toutes ces réponses sont justes

- A quoi consiste le traitement d'induction d'une leucemie aigue et quel est son intérêt ?

- Indiquer les propositions exactes concernant le lymphome Hodgkinien ?
  - La mise en évidence de la cellule de Sternberg à la ponction ganglionnaire confirme le diagnostic
  - La cellule de Sternberg Reed est d'origine lymphoïde B
  - La maladie est révélée le plus souvent par un prurit
  - Le stade III de la classification d'Ann Arbor nécessite une chimiothérapie avec une radiothérapie des zones atteintes et des zones contigües
  - L'extension peut se faire par voie hématogène

- La classification anatomopathologique OMS 2008 des lymphomes non hodgkiniens tient compte de : cochez la ou les réponses justes
  - L'architecture ganglionnaire
  - L'immunohistochimie
  - L'étude cytologique de la ponction ganglionnaire
  - De l'étude cytogénétique et de la biologie moléculaire
  - Du bilan d'évolutivité biologique du lymphome

- Les lymphomes non hodgkiniens B : cochez la ou les réponses fausses
  - Ils sont de meilleurs pronostics que les LNH T
  - L'atteinte ORL est la localisation la plus fréquente des lymphomes extra-ganglionnaires
  - La guérison est souvent obtenue dans les lymphomes indolents
  - Le traitement de choix des lymphomes à grandes cellules B est l'immunochimiothérapie
  - Ils sont CD79a+, CD19+ et CD20+.

- Parmi ces lymphomes non hodgkiniens lesquels sont indolents : cochez la ou les réponses justes
  - Lymphome folliculaire
  - Lymphome à cellules du manteau
  - Lymphome de Burkit
  - Lymphome de la zone marginale
  - Lymphome diffus à grandes cellules B

- Une femme de 30 ans, mère de deux enfants (12 – 08 ans), sans antécédents pathologiques notables, consulte en hématologie, en raison des la survenue depuis environ 06 mois d'une asthénie d'intensité progressive ainsi que des vertiges.
  L'interrogatoire révèle que son régime alimentaire est bien équilibré. La patiente est réglée depuis l'âge de 13 ans. Elle signale de façon contemporaine hyperménorrhées.
  L'état général est conservé ; TA : 12/08 ; apyrétique T° : 37°2c et l'examen clinique objective une pâleur cutanéo-muqueuse franche, ongles striés et une perlèche commissurale.
  Le reste de l'examen somatique est sans particularités.

1- Pouvez-vous évoquer un diagnostic ? argumentez votre réponse.

2- Citez les explorations complémentaires qui pourraient, chez cette femme, permettre d'apporter des éléments complémentaires utiles pour conforter votre diagnostic ?

3- Un hémogramme pratiqué révèle :

GR : 2M100/mm3 ; Hb : 07,2g/dl ; Ht : 15% ; VGM : 64fl ; CCMH : 28

GB : 9200/mm3 ; plq : 570.000/mm3

FS : GR : micro + hypo ++

GB (63 – 02 – 32 – 03)

Plq : ++++

Tx réticulocytes : 1%

a- Définir les anomalies de l'Hg de la patiente ?

b- Expliquez succinctement les différentes étapes qui sont à l'origine de l'état hématologiques et cliniques ?

4- Quelles thérapeutiques proposeriez-vous ?

65,00

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

DE TIZI-OUZOU

FACULTE DE MEDECINE

DUREE : 1h : 00

EXAMEN D'HEMATOLOGIE

4EME ANNEE MEDECINE

LE : ..../......../2014

- NOM :
- PRENOM :
- DOUBLANT / REPETITIF :

NOTE : ——— / 20

- Un enfant âgé de 5 ans adressé pour un syndrome hémorragique associant un purpura pétéchial et épistaxis évoluant depuis 3 jours. On ne retrouve pas de notion de prise médicamenteuse avant l'apparition de cette symptomatologie. L'examen physique montre : T° : 37°c ; bonne coloration conjonctivale, purpura pétéchial disséminé et gingivorragie ; des micro-adénopathies (< 1cm) ; absence de splénomégalie.
- Que vous évoque ce tableau ?

Thrombopenie => Diagnostic : PTI aigue

- Quels sont les examens à demander en premier lieu ?

- Hemogramme
- +/- Medullogramme
- bilan d'hemostase

25000

- Un bilan pratique montre : GR : 4,5M/mm3 ; Hb : 12g/dl ; Hte : 37% ; plq : 9000/mm3 ; GB : 10000/mm3.
- Interprétez ce bilan ?

- GR : Normal
- Hb : N/
- plq : thrombopenie +++
- GB : Normoleucocytose

- Quelle est l'affection à redouter chez ce patient ?

Purpura thrombopénique immunologique (PTI aigue)

- Quel est l'examen à pratiquer avant tout traitement ? quel est son interet ?

~~Geste de Coombs plaquettaire (Dixon ++)~~ Medullogramme si prise de ...
~~recherche des Ac anti plaquettaire~~

- permet de préciser le mecanisme peripherique de la thrombopenie

- Quelle sont les complications à craindre chez ce patient ?

- Hgie retinienne (visceral...)
- Anemie ...

- Hgie viscerales plus grave
  - retiniens
  - cerebro-meningée
- Anemie grave
- Accident iatrogene

LLC

- Dans la leucémie lymphoïde chronique, que montre l'examen immuno-phénotypique des lymphocytes sanguins ? Cytométrie en flux

  - existence de Ø B (CD19 - CD20) monoclonale
  - faible taux Igs
  - CD5+ - CD23+ - CD79b - absence de FMC7

- Quels sont les critères de la classification de Binet dans la leucémie lymphoïde chronique ? LLC

  Tumeur { 1- ADP (cervicale + axillaire + inguinales)
  2- SPMG
  3- HPMG
  4- Taux d'Hb
  5- Nbre de Plq

- Une jeune fille de 25 ans sans antécédents particuliers ; présente une adénopathie cervicale basse gauche de 3cm dur 4cm de diamètre évoluant depuis 4 mois ; elle signale une fièvre et des sueurs nocturnes mouillant le linge ainsi qu'un amaigrissement de 10 kg en 6 mois.

  Le reste de l'examen clinique est normal.

  Quels sont les examens que vous demanderez en première intention ?

  - FNS
  - TDM thoracique
  - ponction GG (cytologie)

- La cytologie ganglionnaire obtenue par ponction de l'adénopathie montre la présence de quelque cellules de grandes taille 25 à 50µ de diamètre avec un volumineux noyaux bilobé comportant de volumineux nucléoles et un cytoplasme abondant légèrement basophile. → Ø de Reed Sternberg

  Quel est le diagnostic auquel vous pensez en premier ?

  lymphome de Hodgkin

- Quel sera l'examen de certitude et que montrera t-il ?

  BX GG : Ø RS, granulome inflammatoire, (neut, plasmocy, PNE, lymph)

  Examen anatomo pathologique | bouleversement de l'architecture GG
  Biopsie exérèse d'1 ADP | Ø de Reed Sternberg
  | inflammation

- Citer les examens radiologiques ; biologiques et histologiques du bilan d'extension de la maladie ? Lymphome Hodgkinien

- Radio : TLT, TDM thoracique, Echo abd, TDM abd
- Biologie : dosage de phosphatase alcaline,
- BBF, BBO Biopsie Ponction Medullaire / infiltration Medullaire

- Après bilan d'extension ; elle est classé stade II B b. ABVD + 3 a 4 cure et 6 Immunothérapie + Radiothérapie
- Quel sera votre traitement ?

- Un adulte jeune sans antécédents consulte pour asthénie et PCM. Le reste de l'examen est normal. L'Hg montre :

  GR : 3M/mm3 ; Ht : 27% ; Hb : 9g/dl

  GB : 2000 (3200-6444) (PN PE PB L M) (640, 0,0,1280, 80)

  Plq : 60 000/mm3

  Réticulocytes : 1%

  Interprétez et concluez ?

  Pancytopénie :
  1- Anémie Normocytaire Normochrome arégénérative (centrale)
  2- Thrombopénie asymptomatique
  3- Leucopénie (Neutropénie)

MO pauvre

- Un médullogramme est fait : il est pauvre en cellules et présence de vacuoles graisseuses.

- Interprétez ce médullogramme ?

Aplasie Medullaire BMO

- Quel (s) examen (s) demanderez-vous pour confirmer le diagnostic ? et qu'en attendez-vous ?

  - Médullogramme
  - [illegible]
  - Tx de Megacaryocytes – Taux de plasmocytes > 20%

- Quelle est l'urgence thérapeutique chez cette patiente ? et quels sont les principes du traitement spécifique ?

  Hb < 6 g/l
  - Transfusion culot globulaire de CGR.
  - TTT des infections (ATB)

- Quelles sont les principales complications de la maladie de Kahler ?

  1. [illegible]
  2. [illegible] → Neurologique
  3. Hypercalcémie
  4. Csc rénal
  5. Infection
  6. Csc hématologique

- Quel diagnostic le plus probable évoquez-vous devant ces bilans d'hémostase ?

  a- TS : normal ; taux de plaquettes : normal
  TCK : témoin : 35" malade : 50" — 50 - 35 = 15 > 10s — TCK ↗
  TQ : témoin : 10" malade : 11"

  b- TS : allongé ; taux de plaquettes : normal — Mal de W
  TCK : allongé
  TQ : normal

  c- TS : allongé ; taux de plaquettes : normal
  TCK : allongé
  TQ : allongé } commune (X, V, II, I) } att fibrinogène

  d- TS : allongé ; taux de plaquettes : normale
  TCK et TQ : normaux : thrombopathie (Pt)

FW : [illegible] au fact VIII [illegible]
Maladie de Will : TS allongé (atteinte de l'hémostase primaire)
TCK ↗

TS allongé → PL ↓ ; Plq normal → thrombopathie (Pt), fact W

Le traitement de la B thalassémie majeure : cochez la ou les réponses justes

- Repose sur des transfusions mensuelles de culots globulaires pour avoir un taux d'hémoglobine > 11g/dl
- La chélation du fer n'est débutée qu'après l'âge de 7 ans
- La splenectomie est indiquée en cas de cytopénies
- La greffe de moelle osseuse allogénique peut guérir la maladie
- Une interruption de grossesse peut être proposée après étude génétique sur biopsie trophoblastique

Une jeune femme de 25 ans, sans antécédents pathologiques est adressée en consultation d'hématologie pour syndrome hémorragique et hyperthermie évoluant depuis 15 jours.
Examen retrouve : patiente en état général moyen T° : 40°c ;
Pâleur cutanéo-muqueuse franche ; un purpura pétéchial et ecchymotique au niveau des membres ; des bulles endobuccales ; une splénomégalie type II avec adénopathies de 2 à 3cm de diamètre au niveau de toutes les aires ganglionnaires.
Présence de râles crépitant aux deux champs pulmonaires.

Quel est le diagnostic le plus probable en argumentant votre réponse ?

L'hémogramme a révélé :
Hb : 6g/dl ; VGM : 82 ; CCMH : 33%
GB : 50000/mm3 (2-0-0-8-01) avec 79% de cellules de tailles moyennes ; chromatine fine; nucléolés sans granulations intra-cytoplasmique
Plq : 8000/mm3
Taux de réticulocytes : 22400/mm3
Interprétez l'hémogramme ?

- On doit déterminer le groupe sanguin de M. Walid dans la perspective d'une transfusion sanguine, on réalise deux tests et on obtient les résultats suivants :

a- Sérums tests :

Anti-A	Anti-B	Anti-ab
Pas d'agglutination	Pas d'agglutination	Pas d'agglutination

b- Hématies tests :

Hématies A	Hématies B
Agglutination	agglutination

- Comment appelle – t- on deux tests ?

- A quel groupe appartient M. Walid ?

O

- Parmi les traitements de la drépanocytose homozygote : cochez la ou les réponses justes
  - Des transfusions ponctuelles de culots globulaires
  - Un échange transfusionnel en cas de crises vaso-occlusive
  - Vaccination anti pneumo-coccique
  - Une splénomégalie (splénectomie)
  - Une greffe de moelle osseuse allogénique

- L'électrophorèse de l'hémoglobine chez un patient présentant une drépanocytose AS hétérozygote montre : cochez la ou les réponses justes
  - Une hémoglobine F élevée < 20% à RDA
  - Une hémoglobine S > 80%
  - L'absence d'Hb A
  - L'Hb A à 60%
  - HbA2 : (2 à 3) %

- La clinique, l'Hg et ce médullogramme sont en faveur de quel diagnostic ? comment allez-vous le confirmer ?

- Citez (sans détailler) les éléments du diagnostic clinique de l'anémie par carence en facteurs anti-pernicieux ?

- Quel est le mécanisme le plus fréquent de la carence en acide folique et de la carence en vit B12 ?

- *Parmi les sujets ayant les phénotypes suivants dans le système ABO, quels sont ceux qui ne possèdent pas d'anticorps naturels anti-A dans leur sérum ?*
    - B
    - AB
    - A
    - O

- L'antigène D faible ou Du : cochez les réponses justes
    a) Est un faux Rh positif
    b) Sa recherche est obligatoire chez les donneurs de sang
    c) Sa recherche est obligatoire chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer
    d) Les sujets Du doivent êtres considérés comme Rh positif s'ils sont donneurs
    e) Les sujets Du doivent êtres considérés comme Rh négatif s'ils sont receveurs

EXAMEN DE 4EME ANNEE MEDECINE

HEMATOLOGIE

(2011/2012 : 2eme Periode)

Fac : Tizi Ouzou

LE 22-01-2012 DUREE 1H30

1er cas clinique :

Une femme agée de 50 ans consulte pour une paleur cutanéo muqueuse et asthenie evoluant depuis 4mois. ATCD : DNID

A l'examen clinique on retrouve : etat general moyen, asthenie, T°= 37° ; PCM avec sub-ictere ; douleurs epigastrique et nausée ; diarrhée intermitante ; pas de syndrome tumoral ni d'hemorragie ; pas de singes de sidéropenie

1-Quel est le 1er examen a demander ?

Le bilan retrouve :

FNS : GR=1,9M ; Hte=21% ; Hb=7g/dl ; GB=4800/mm3 ; Plaquettes=160.000/mm 3 ; Retic=1%

2-Interpreter ces resultats et quel examen manque t-il ? et sitez 2 elements important qu'il peut montrer ?

3-Quel examen important faut-il demander pour orienter le diagnostic etque montrerait-il ?

4-Quel(s) examen faut-il demander pour poser un diagnostic de cette anémie ?

5-En sachant que la patiente est en presence d'un bilan :dosage de la vit 12= 50µg/l
Peut-on poser un diagnostic de certitude ? si oui, le quel ?

2eme cas clinique :

Nourrisson de 12mois, issu d'un mariage cosanguin, pesant 10 Kg est admis pour une paleur cutaneo muqueuse intense ;

Ex : PCM

– Ictere cutaneo muqueux

– SPM type 2

– Base du nez aplatie, yeux legerement bridés

1-Decrir le tableau.

Des examen paracliniques demandés retrouvent :

FNS : GR=2 ,7M ; Hb=6g/dl ; VGM=67 ;

CCMH=29% ; GB=10 000/mm3 ; Plaquettes= 213 000/mm3

FS : microcytose hypochromie .....

Taux de retic= 12%

Groupe sanguin : A+ CceeK(-)

2-Interpreter les resultats

3-Que vous évoque ce tableau cilnique et biologique ?

4-Comment le confirmer ?

Les questions :

1-

2-

3-

4- Dans les lymphome non Hodgkiniens (LNH) ; la/les reponses juste

a- L'extention de la maladie se fait de proche en proche en suivant le trajet de la lymphe

b- Le diagnostic repose sur l'etude cytologique d'une ponction ganglionnaire

c- Les lyphomes defaibles grades sont d'evolution lente

d- Le benzene peut favorisé la servenu d'un LNH

e- Les LNH agressifs sont tjr d'origine lymphoïde T

5-La maladie de Hodgkin est caractérisée : la/les RJ

a- Par la prolifération d'immunoblastes au niveau du tissu lymphoïde

b- Une architecture ganglionnaire conservée

c- La présence de la cellule de Stemberg avec un granulome inflammatoire

d- La positivité de CD15 et CD30 à l'IHS

e- *L'hyper éosinophilie est secondaire à la sécrétion de l'IL6*

6-Un homme agé de 70ans souffre d'une douleur du rachis dorsolombaire et une AEG. Les radiographies montrent une deminiralisation diffuse, vous pensez a un myélome multiple ? Quels examens sont indispensable au diagnostic ?

a- VS

b- FNS

c- *Medulogramme*

d- EPP avec *immunofixation serique et urinaire*

7-Quel(s) produit(s) sanguin doit-on transfuser à un sujet de 80ans souffrant d'une anémie chronique mal tolérée ? la/les RJ

a- Sang total

b- Culot globulaire

c- Aucun produit sanguin

d- Plasma frais congelé

8-Les antigènes du système ABO (la/les RJ)

a- Sont spécifique du GR

b- Sont spécifique uniquement des GB et des plaquettes

c- Sont ubiquitaire

d- Sont le plus souvent impliqués dans les accidents hemolytique

9-Un patient du groupe A+ peut etre transfusé avec :

a- AB+

b- O+

c- A-

d- O-

10-Le temps de Quick(TQ) explore :
a- La voie exogène de la coagulation
b- Les facteurs XII, XI, VIII et X
c- Il peut etre exprimer par le temps de la prothrombine qui est de 70 a 100%
d- Il est allonger lorsqu'il est superieur a 10 " au temoin
e- Il est sensible a la presense de l'heparine

11-L'hemophilie B
a- Est plus freqente que l'hemophilie A
b- Le diagnostic de certitude est posé sur un TCK allongé et un TQ normal
c- Le temps de saignement est allongé
d- La transmission est autosomale récessif
e- Le taux de facteur VI dans L'hemophilie B moderée est de 1 à5%

12-Parmi les signes clinique de l'hemophilie severe :
a- Le purpura pétéchial représente l'expression clinique la plus frequente
b- Les hématome representent la localisation la plus fréquente
c- Les hemorragies sont souvent spontanées
d- L'hemarthrose du genou represente la localisation la plus frequente

13-Le TRT de l'hemarthrose modérée du genou comporte :
a- Un anti fibrinolytique (capramol)
b- Un trt antalgique (paracetamol) et corticoïde 1mg/j pendant 7 jours
c- Une subtitution du plasma frais congelé a raison de10 à20 ml/Kg/j
d- Un concerté de facteur VIII ou XI a raison de 50 UI/kg/j X10jours

14- Les facteurs du complexe prothrombinique :
a- Sont tous synthétises par le foie sauf le TFPI
b- Leur synthese nécessite la presence de la vit K
c- Leur synthese est inhinée per l'heparine
d- Les proteine C et S sont synthetisées par les cellules endotheliales

15- Dans les leucémie aiguë
a- Les LAM represnete 80 % des leucemies aigue de l'enfant
b- Le diagnostic de certitude se fait par la presence de signes d'insuffaisance medulaire associé au syndrome tumoral et la mise au evidence de blaste au frottis sanguin
c- L'analyse cytogenetique fait partie de la demarche diagnostique et a un interet pronostique
d- Le chlorome et l'hyper trophie gingivale sont retrouvés dans les LAM
e- La prophelaxie neuromeninigée est systematique dans les cas de leucémie aigue

16- La LAM :

a- Se manifeste le plus souvent par un syndrome d'insuffaisance médullaire associé un syndrome tumoral

b- Les cellules jeunes immatures presentes des granulations intracytoplasmique avec parfois un corps d'Auer

c- La presence de la t(15-17) ou l'inversion du chromosome 16 est un critaire de bon pronostique

d- Les LAM chez l'enfant sont de meilleurs pronostique que les LAL

e- *La greffe de la MO allogenique est indiquée en deuxième rémission complété*

17- Les éléments diagnostic du purpura prothrombinique idiopathique :

a- Des hémorragies spontanées

b- Une diminution des megacaryocytes medulaire

c- Une thrombopénie périphérique

d- Présence d'une SPM

e- *La recherche d'anticorps antinucléaire est négative*

18- Parmi les examens suivants, lequel (lesquels) doit-on demander en 1ere intention pour orienter diangnostic d'une thrombopenie isolée a 20 000/mm3

a- Un myélogramme

b- Une échographie abdominale

c- Étude de la coagulation

d- Test d'agregation plaquettaire

e- Biopsie médullaire

19- Quels sont les critères du diagnostique clinique de la leucémie aigue ?

20-Quels sont les modes de rechutes de la LAL ?

21- Siege de : l'hemolyse physiologique :

L'hymolyse chronique

22- Citez les critaire de matutês

23- Quels sont les elements cliniques et biologiques du diagnostique de la leucémie myéloide chronique ?

•

24- Definition de l'erythroblastopenie

25- Quelle est l'attitude préventive lors de la prescription d'un médicament responsable d'agranulocytose ?

•

40 DA

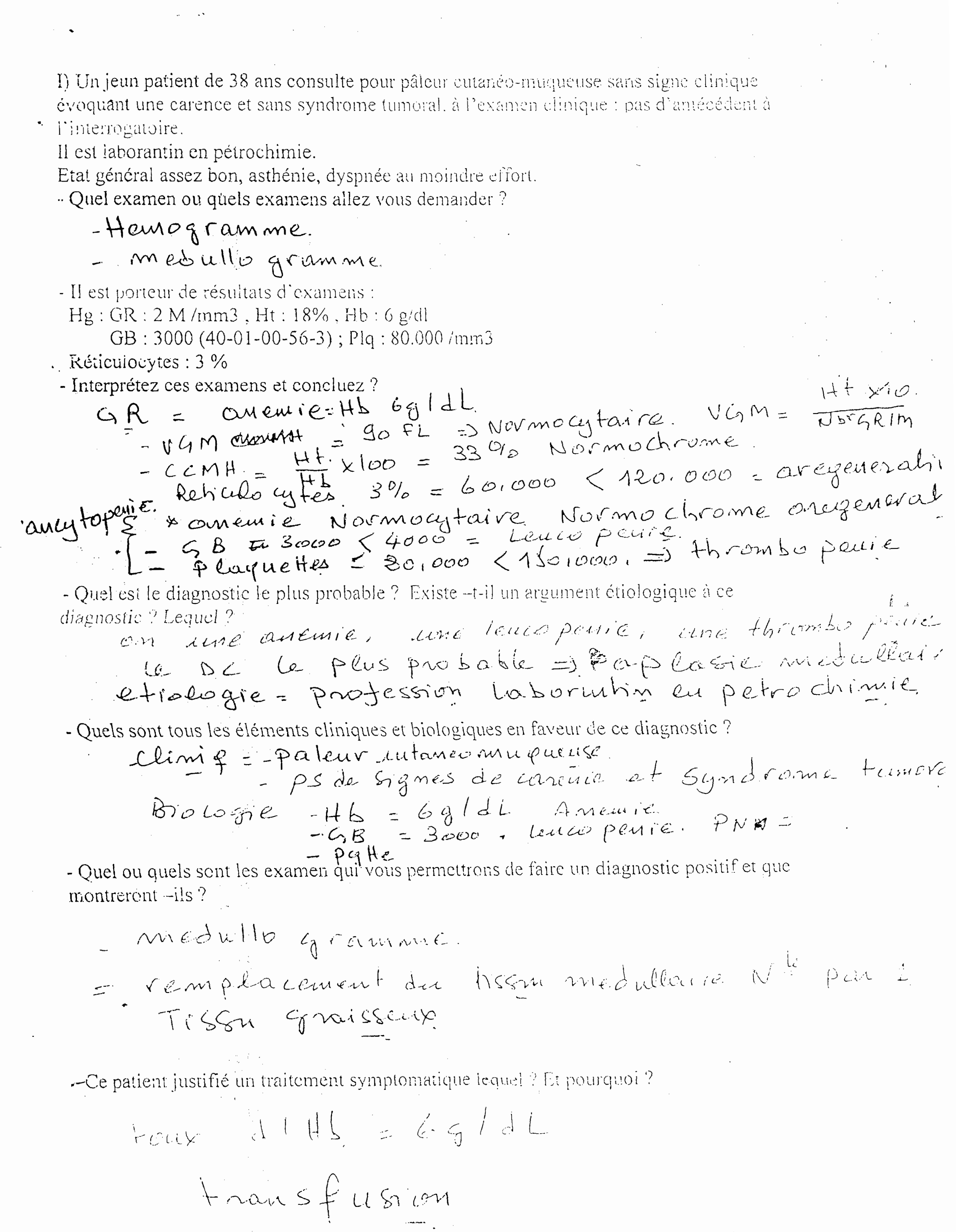
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
DE TIZI-OUZOU
FACULTE DE MEDECINE

40 DA

EXAMEN D'HEMATOLOGIE
LE 21/01/2010

- NOM :
- PRENOM :
- REPETITIF :

NOTE : ----------
20



I) Un jeun patient de 38 ans consulte pour pâleur cutanéo-muqueuse sans signe clinique évoquant une carence et sans syndrome tumoral. à l'examen clinique : pas d'antécédent à l'interrogatoire.

Il est laborantin en pétrochimie.

Etat général assez bon, asthénie, dyspnée au moindre effort.

- Quel examen ou quels examens allez vous demander ?

-Hemogramme.

- medullo gramme.

- Il est porteur de résultats d'examens :

Hg : GR : 2 M /mm3 , Ht : 18% , Hb : 6 g/dl

GB : 3000 (40-01-00-56-3) ; Plq : 80.000 /mm3

Réticulocytes : 3 %

- Interprétez ces examens et concluez ?

GR = anemie=Hb 6g/dL

- VGM = 90 FL => Normocytaire. VGM = Ht x10 / Nbr GR/m

- CCMH = Ht/Hb x100 = 33 % Normochrome.

Reticulocytes 3% = 60.000 < 120.000 = aregeneratif

pancytopenie: * anemie Normocytaire Normochrome aregeneratif

- GB = 3000 < 4000 = Leucopenie.

- plaquettes = 80.000 < 150.000 => thrombopenie

- Quel est le diagnostic le plus probable ? Existe –t-il un argument étiologique à ce diagnostic ? Lequel ?

on une anemie, une leucopenie, une thrombopenie

le DC le plus probable => aplasie medullaire

etiologie = profession laborantin en petrochimie.

- Quels sont tous les éléments cliniques et biologiques en faveur de ce diagnostic ?

Clinique = -paleur cutaneomuqueuse

- ps de signes de carence et syndrome tumoral

Biologie -Hb = 6g/dL Anemie.

-GB = 3000 . leucopenie. PN =

- pqtte

- Quel ou quels sont les examen qui vous permettrons de faire un diagnostic positif et que montreront –ils ?

- medullogramme.

= remplacement du tissu medullaire Nle par 1 Tissu graisseux

-Ce patient justifié un traitement symptomatique lequel ? Et pourquoi ?

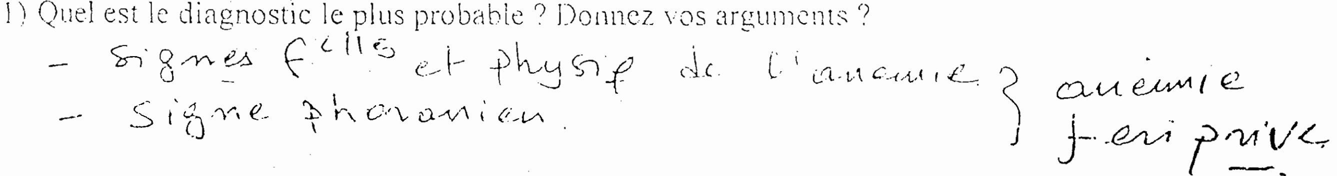
taux d'Hb = 6g/dL

transfusion

II) Une jeune fille âgée de 48 ans, mariée, mère de 7 enfants avec de bonnes conditions socio-économique, se plaint depuis quelques mois de fatigabilité excessive et dyspnée d'effort.
ATCD : Notion d'epigastralgies depuis 06 mois avec maelena
A l'examen clinique :

- Pâleur cutanéo-muqueuse.
- Ongles striés, perlèches commissurales.

1) Quel est le diagnostic le plus probable ? Donnez vos arguments ?



3) Des examens ont été pratiqués :
GR : 3000.000/mm3, Hb : 5,5 g/dl, VGM : 60 fl , CCMH : 28 % , Retic : 1,2 %.
- Interprétez ces résultats?

GR . Hb 5,5g/dL " anemie
VGM 60FL Microcytaire . CCMH 28%. Hypo
Reticulocytes 1,2% = 36000 = aregenerative
anemie microcytaire Hypochrome aregenerativ

4) Quels sont les examens qui permettent de poser le diagnostic ? Et qu'en attendez-vous ?

Bilan ferique
- Taux de fer seriq ↘
- TIBC ↗
- C.S = FS / TIBC 16% ↘

5) Quelles est la cause la plus probable ? Et comment allez vous le prouver ?

l'Hemorragie Dive.

III) Enfant âgé de 2 ans, pesant 18kg, consulte pour pâleur cutanéo-muqueuse intense d'installation brutale
La numération sanguine faite en urgence retrouve :
Un taux de GR : 1 600000/mm3 , Hb : 3g/dl ; VGM : 87µ3 ; CCMH : 32%.
Une transfusion en urgence est indiquée
- son groupage sanguin est A rhésus (+).
- donnez les différentes possibilités transfusionnelles ?

A+ , A- O- O+

- quel est le produit sanguin à transfuser ? Calculer la quantité de sang à transfuser pour arriver à 12g/dl d'Hb ?

Le culot globulaire

3 cc / Kg → 1 gr d'Hb ; on doit surmonter 9 gr

donc la qtité totale 486 cc de culot glo

- Quels sont les deux accidents transfusionnels infectieux qui peuvent survenir ?

- choc endotoxinique

- accidents infectieux tardives . transmission HIV . Hep A . toxo etc.

IV) donnez les signes cliniques d'une B thalassémie homozygote ?

- Citez les examens biologiques permettant le diagnostic de la B thalassémie homozygote ?

V) Un garçon de 14 ans, consulte pour fièvre à 39°c avec dysphagie évoluant depuis 07 jours. L'examen clinique retrouve : une pâleur cutanéo-muqueuse franche, un discret purpura pétéchial au niveau des membres, des adénopathies cervicales de 3 cm de diamètre, une splénomégalie et une angine rouge.

- Qu'évoque pour vous ces signes clinique ? Et quel est le diagnostic le plus probable ?

on a signe d'insuffisance sanguine → fièvre → pâleur → Hemorragie

- ~~Not~~ Sd tumoral.

- 07 jr d'evolutⁿ = leucimie aigue

- Un Hg a été fait retrouve :

GR : 2500000/mm3, Hb : 7 g/dl, VGM : 80μ3, CCMH : 32 %, GB : 60.000/mm3, plq : 9000/mm3

FS : GR : normocytose, normochromie.

GB : (02-00-00-06-00) 92 % de cellules de taille moyennes rapport N /P très élevé, Chromatine fine avec un noyau nucléoié, absence de granulation intracytoplasmique.

Plq : Absence de plaquettes.

- Interprétez cet hémogramme et concluez ?

GR = anemie Normocytaire Normochrome

pqt thrombopenie

GB Hyper leucocytose , Neutropenie

absence de granulatⁿ blastes = LAL

VII) Un enfant âgé de 09 ans se présente à la consultation pour ecchymoses pétéchiales spontanées sur tout le corps. Le début remonte à 24heures

- L'examen on retrouve des gingivorragies. Il n'y a pas de syndrome tumoral, le reste de l'examen est normal et on ne retrouve pas de notion de prise médicamenteuse.

- Quel est le (ou les) diagnostic à évoquer ?

Purpura thrombopénique — LAL leucémie

- Un 1er bilan, retrouve :
FNS : GB : 5000/mm3, Hb : 12 g/dl , plaquettes : 10.000/mm3
FS : plq : rares.

- Interprétez ce bilan ?

GB Nle 5000 Hb Nle
plqte = thrombopénie

- Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez votre réponse ?

Purpura thrombopénique idiopathique

- Quel examen essentiel doit on faire et que montrerait-il ?

médullogramme . MO [illegible] par les mégacaryocytes.

VIII) Interprétez le bilan d'hémostase suivant et évoquez un diagnostic ?
TCK : M : 45'' T : 30'' ; TQ : M : 10'' T : [illegible]
Temps de saignement : 10minutes ; plaquettes : 250.000/mm3.

- Quel est l'examen à demander pour confirmer votre diagnostic ?

~~[illegible]~~ medullogramme

- Quelle sera votre attitude thérapeutique en urgence ?

c'est 1° forme a Hyper leucocytose.
l'attitude urgente y de l'Hyper leucocytose
Chimio therapie.

VI) un patient âgé de 40 ans est hospitalisé pour exploration d'une splénomégalie type III isolée de découverte fortuite. Il existe à l'interrogatoire une notion de pesanteur de l'hypochondre gauche évoluant depuis 18 mois.

- Quel est le diagnostic à évoquer en argumentant votre réponse ?

- splenomegalie
- evolut depuis 18 mois chq } LMC.

- Un hémogramme est fait montre GR : 4 300000elt/mm3 ; Hb : 10g/dl ; GB : 103.000/mm3 ; plq : 502000/mm3.
Taux de polynucléaires neutrophiles 50%
- Interprétez les résultats ?

Hb = 10g/dL = Anemie ~~discrete~~.
GB = 103,000 = Hyperleucocytose. Neutrophi

- Peut-on confirmer le diagnostic évoqué initialement ? Sinon quels sont les autres éléments biologiques nécessaires au diagnostic ?

- oui
- element manquant. - caryotype 95% chs Ph.
- Biologie Mx aire
100 translocat° bcR/A

- Citez brièvement les armes thérapeutiques à proposer chez ce patient ?

* busulfan.
x Hydrea.
x interferon α
x greffe de la M.O
x inhibiteurs de thyrosine Kinase.

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
TIZI OUZOU



MODULE D'HEMATOLOGIE
EXAMEN DE QUATRIEME ANNEE
(date : 27 novembre 2004)

- Une patiente âgée de 50 ans ; se présente en consultation avec les examens suivants :

- Hg : GR : 2 millions/mm3 ; Ht : 24% ; Hb : 8g/dl.
  Gb : 3400 (75.0.0.23.2).
  Plq : 190 000/mm2.

Réticulocytes : 1%.

- **interprétez ces examens ?**
- **pouvez- vous préciser le mécanisme de l'anémie.**
- **Quelle sont les anémies carentielles que vous pouvez évoquer devant ces résultas ?**

- **Une patiente consulte aux urgences pour fièvre à 40° et syndrome infectieux sévère ; elle est adressée en hématologie pour avis avec l'hémogramme suivant :**

Hg : 14 g/dl ; Gb : 3400 (75.0.0.23.2); Plq : 190 000/mm2.

- interprétez cet Hg ?
- pouvez vous donner une explication à l'infection de cette patiente au vu de l'Hg ?

- À l'interrogatoire de l'accompagnateur, la patiente à pris un médicament pour des douleurs de lithiase vésiculaire. Cette prise médicamenteuse constitue-t-elle un élément d'orientation pour un diagnostic probable.

- Quelles sont les données de l'Hg en précision les différents paramètres hématimétriques et le taux de réticulocytes en VA en cours d'une aplasie médullaire globale ?

- succinctement donnez les signes cliniques de l'aplasie médullaire globale ?

- Une jeune femme âgée de 36 ans, avec de bonnes conditions socio-économiques, se plaint depuis quelques mois d'asthénie et d'une discrète dyspnée d'effort :

antécédents : -G8P8 (âges extrêmes : 11 ans – 6 mois)
- cycle menstruel irrégulier : traitée pour fibrome utérin et ménorragies.

À l'examen clinique : -parleur cutanéo-muqueuse franche.
-ongles strié avec cheveux secs.



1) quel est le diagnostic le plus probable ? Donnez vos arguments ?

2) quel est l'examen que vous demanderez en première intention ?

3) des examens ont été pratiqués :
GR : 3 000 000/mm3 ; HB : 5.4g/dl.
VGM : 60 fl; CCMH : 28% ; Rétic : 1.2%.
-interprétez ces résultats ?

4) quels sont les examens qui permettent de poser le diagnostic et qu'en attendez-vous ?

5) quelle est ou (quelles sont) les causes les plus probables ?

6) quelle sera votre conduite thérapeutique ?

- un sujet de 65 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour **exploration adénopathies augmentant progressivement de volume, évoluant depuis 08 mois.**

<u>À l'examen</u> : BEG ; apyrétique TA = 12/08.
En note : syndrome tumorale fait : adénopathies généralisées au niveau de toutes les aires ganglionnaires, symétriques, de 2 à 5 cm de diamètre sont signes compressif, SPM type III Débord spléniques de 07 cm.
1) quel est le diagnostic a évoquez ? Argumentez votre réponse ?

2) un bilan a été pratiqué objectif :
GR : 2 500 000/mm3 ; HB : 7.5g/dl.
VGM : 84 fl; CCMH : 32% ; Rétic : 2%.
Gb : 130 000/mm3 ; Plq : 90 000/mm3.
FS : GR : normocytose – normochromie.
GB (06-01-00-93-00) plq : + à ++
- interprétez ces résultats ?

3) quel est l'examen a pratiqué pour confirmer le diagnostic ? Et quel est le résultat attendu ?

4) quelles sont les signes péjoratifs retrouves à l'Hg ?

5) quelles sont les compiications les pius fréquentes ?

- Un enfant de 04 ans se présente en consultation de pédiatrie pour parleur cutanéo-muqueuse.

ATCD : - correctement vacciné.
- notion de 04 hospitalisations pour transfusion sanguine depuis l'âge de 02 ans.
- une sœur âgée de 7 ans, transfusée régulièrement en hémato-pédiatrie.

À l'examen : - enfant en état général conservé : poids : 10 Kgs ; T° = 37°C.
- parleur cutanéo-muqueuse franche, un subictère conjonctival est une splénomégalie type III.
- l'enfant présente une dysmorphie faciale.

1) quel est le diagnostic le plus probable en argumentant votre réponse ?

2) devant le tableau clinique, quels sont les examens a demander en première intention ?

3) un Hg est fait révélant :
GR : 2 600 000/mm3 ; HB : 5g/dl.
Rétic : 10% ; Plq : 280 000/mm2.
FS : GR : normocytose ++, normochromie ++ ; plq : +++.
- interprétez ces résultats ? et quels les examens a demander pour confirmer le diagnostic ? Et quel est le résultat attendu ?

- M.H âgé de 23 ans, sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour apparition d'adénopathies sus-claviculaires depuis 2 mois, traité aux ATB et anti inflammatoires sans résultats.
- l'interrogatoire retrouve une notion d'amaigrissement de 7 kg en 4 mois, une fièvre comprise entre 38°c et 38.5°c depuis 15 jours.
- l'examen clinique révèle une poly-adénopathie faite de plusieurs ganglions de 2 à 3 cm de diamètre au niveau des 02 creux sus-claviculaires et du creux axillaire droit.

- quels sont les diagnostics à évoquer ?

- les examens biologiques ont été faits montrant :
GR : 3 100 000/mm3 ; HB : 11g/dl.
Gb : 14 000/mm3(80.00.01.17.02) ; Plq : 227 000/mm2.
- la vitesse de sédimentation est de 75 mm a la 1ere heure.
- la ponction ganglionnaire révèle la présence de grandes cellules de 50µ de diamètre a noyaux volumineux, bilobés avec de gros nucléoles.

- interprétez ces résultats ? quel est le diagnostic le plus probable et comment allez-vous prouver en précisant les résultats ?

- Après avoir confirmer votre diagnostic, quels sont les examens vous paraissant indispensables avant de commencer le TRT ?

- si les examens sont tous normaux comment allez-vous classer le malade avec les données que vous avez ?

- Quels sont les principes du traitement symptomatique de la leucémie aiguë ?

- **Définir la rémission complète dans la leucémie aiguë ?**

- **Comment est défini un groupe sanguin dans le système ABO ?**

- **Au cours d'un accident hémolytique par incompatibilité sanguine,** quels sont les globules rouges qui sont détruits par les anticorps ?

- **Cité quatre TRT possible dans le PTI ?**

- Quel est le traitement d'une hémarthrose récente chez un enfant de 25 kg, présentant une hémophilie A ?

- Quelle est la complication au long cours des hémarthroses récidivantes chez un hémophile ?

- Chez un enfant de 10 ans, devant quatre splénectomisé pour PTI chronique, citez 2 mesures où attitude thérapeutique a prendre à titre préventif ?

BONNE CHANCE

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
TIZI OUZOU

MODULE D'HEMATOLOGIE
EXAMEN DE QUATRIEME ANNEE
(date : 22 février 2003)

- Interprétez les données hématimétrique suivante chez l'adulte et concluez éventuellement :
  - HB : 10g/dl ; Gb : 24 000/mm3 ; Plq : ++.
  - Gb : 3000/mm3(10.00.90.0) ; Plq : ++.
  - HB : 20g/dl ; volume globulaire : 38ml/kg.
  - Gb : 8000/mm3 ; lymphocytes : 6000/mm3 ; plaq : 500 000/mm3.

- **Quelle est la conséquence de lerythroblastopenie et quelles sont les SF et SP essentiels observés au cours de lerythroblastopenie.**

- Quelles sont les étiologies essentielles de l'aplasie médullaire globale.

- Donner les résultats de l'Hg de **l'aplasie médullaire globale.**

- Quel est le traitement de choix de l'aplasie médullaire globale.

- **Un enfant de six ans consulte en pédiatrie pour asthénie, douleurs osseuses en niveau des membres inférieurs et fiers à évoluant depuis 15 jours.**

<u>ATCD</u> : - correctement vacciné. – pas d'ATCD pathologique.
<u>À l'examen clinique</u> : enfant en état général médiocre ; T° = 39°c ; Pouls : 110/'
Poids = 22 kg , Taille = 1 m 05.
- parleur cutanéo-muqueuse franche, présence d'un purpura pétéchial et ecchymotique au niveau des membres splénomégalie type II avec DS = 4cm et FH = 13cm.
- le reste de l'examen clinique et sans particularité.
- qu'évoque pour vous ces signes cliniques ? et quel est le diagnostic le plus probable ?

- un Hg a été fait en urgence :
GR : 2 400 000/mm3 ; HB : 5g/dl. VGM : 88 fl; CCMH : 34%
Gb : 75 000/mm3 ; Plq : 20 000/mm3.
<u>Frottis sanguin</u> : GR : normocytose – normochromie.
GB = (01-00-00-19-03) 77 % de cellules de tailles moyennes avec un rapport N/P élevé, nucléolés. PI = 0.



- **interprétez ces résultats ? Quel est l'examen a demandé pour confirmer votre diagnostic et qu'en attendez-vous ?**

- **Dans l'immédiat, quel traitement préconisez vous chez cet enfant et quels sont les principes du traitement spécifique ?**

- Un jeune homme de 45 ans est adressé en consultation d'hématologie pour asthénie, dyspnée d'effort évoluant depuis un mois.

ATCD : - traité il y a 3 ans pour ulcère gastrique, notion de transfusion il y a 4 mois.

l'examen clinique : patient en bon état général apyrétique, TA = 10/07, parleur cutanéo-muqueuse, ongles striés, absence de syndrome tumoral, un souffle systolique de 2/6 au foyer mitral.

- pouvez vous évoquer un diagnostic, lequel en argumentant votre réponse ?

- un bilan biologique été fait :

GR : 3 500 000/mm3 ; HB : 6.5g/dl. Ht = 23 %.

Gb : 4 600/mm3 ; Plq : 580 000/mm3.

Frottis sanguin : GR : normocytose ++ , normochromie ++ ; poikylocystose, Pl = ++++.

taux de réticulocyte = 1.5%.

VS : 7 mm à la 1ere heure , 10 mm à la 2eme heure.

- interprétez ces résultats ? Et quels sont les examens a faire pour confirmer votre diagnostic ?

- pouvez vous évoquer une étiologie à cette anémie laquelle en argumentant votre réponse ? Et comment confirmer cette étiologie ?

- quel traitement proposeriez-vous à ce patient ?

- citez 03 causes d'anémies hémolytiques acquises ?

- Quels sont les mécanismes de carence en facteur anti pernicieux.

- Dans quelles circonstances particulières peut-on commencer le test thérapeutique à l'acide folique devant une anémie mégaloblastique.

- Un garçon de 04 ans, consulte pour hémarthrose du genou et hématomes superficiels de la jambe apparue après traumatisme minime.

Dans les antécédents, on note un amaigrissement prolongé après circoncisions. À l'examen : l'état général est conservé, T° à 37°, genou droit tuméfié et douloureux. Le reste de l'examen est normal.

1) quel est le diagnostic le plus probable à évoquer et sur quel argument ?

2) un bilan fait naître :

HB : 12g/dl. Gb : 700/mm3 ; Plq : 250 000mm3.
Temps de saignement (Duke) = 4mn.
Temps de Quick : TQ = 13'' (témoin 12'')

- interprétez ce bilan et quel est l'examen qui manque pour avancer dans le diagnostic et qu'en attendez-vous ?

3) quel est a faire, pour poser le diagnostic de certitude.

4) Citez 4 attitudes en geste à prescrire chez cet enfant.

5) Quel est le traitement à indiquer dans ce cas ?

- Citez les critères de diagnostic du PTI.

- Quel est l'intérêt du médullogramme dans les purpura thrombopéniques.

- Quels sont les 2 critères diagnostics, dans la maladie de Waldenstrom.

- Citez 3 traitements possibles dans la LMC.

- Avec quel(s) sang, peut-on transfuser un sujet du groupe sanguin B(-).

- Citez 3 maladies transmissibles par la transfusion sanguine.

BONNE CHANCE



UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
TIZI OUZOU

MODULE D'HEMATOLOGIE
EXAMEN DE QUATRIEME ANNEE
(date : 29-12-1999)

- Un enfants de 04 ans se présente en consultation pour pâleur cutanéo-muqueuse, fièvre à 38°2, douleurs osseuses. L'examen : angine, ictère conjonctival bord splénique de 6 cm. Antécédents : correctement vacciné, transfusé à plusieurs reprises depuis l'âge de 2 ans, une sœur de dix ans pressante de le même tableau clinique et transfusée.

  - quel est le diagnostic a évoqué en argumentant votre réponse.

  - Un élément manque à l'interrogatoire qui pourrait conforter le diagnostic lequel?

  - Des examens sont faits : VS = 16 mm, ASLO = 60 UI,

Hg : GR : 2 000 000/mm3 ; HB : 6g/dl. Plq : 180 000/mm3.
Gb : 14000/mm3. VGM : 87 fl; CCMH : 34%. Ret : 20%
GR : normocytose , normochromie. GR en faux, érythroblastes : 7%

  - interprétez ces résultats, quel est le diagnostic le plus probable et quels sont les examens à demander pour le diagnostic positif et qu'en attendez vous ?

- Vous devez transfuser un a-t-il un de 60 kg pour anémie : Hb : 6g/dl. Vous devez le ramener à 13g/dl, il est A Rh + Kell.

  - quel est le sang à transfuser ?

  - Quel est le disque de transfuser du sang Kell + ?

  - Quel est le produit sanguin le plus indiquer et quelle qualité de ce produit allez vous transfuser ?

  - Quelles sont les anomalies érythrocytaire pouvait être a l'origine d'une hémolyse ?

- **Donner les éléments cliniques et biologiques du PTI.**

- Quel est le traitement du PTI.

- **Quels sont les éléments du diagnostic biologique de l'hémophilie A sévère.**

- **Donner le traitement de l'hémarthrose chez un hémophile A.**

- **un enfant de 4 ans, sans antécédent pathologique est adressé en consultation d'hématologie pour le syndrome hémorragique et hyperthermie évoluant depuis cinq jours. Examen le tour : un enfant en état général moyen, T° : 39°C.**
Pâleur cutanéo-muqueuse franche, **un purpura pétéchial et ecchymotique** au niveau des **membres, des gingivorragies et une splénomégalie type II.**

  - **quel est le diagnostic le plus probable ?**

L'hémogramme révèle :
GR : 2 200 000/mm3 ; HB : 6g/dl. Plq : 10 000/mm3, Ht : 10%.
Gb : 50000/mm3 (2.0.0.8.1) avec 79 % de cellules jeunes nucléoles son granulation,
Ret : 1.2%

  - **interprétez l'hémogramme.**

  - Quel(s) examen(s) demandez-vous pour confirmer le diagnostic ?

  - Quelle est l'urgence thérapeutique chez ce patient ?

  - Quels sont les principes du traitement spécifique ?

Gb : 19 500/mm3 (90.2.0.6.02). VGM : 94 fl; CCMH : 33%.
- IDR à la tuberculine négative.
- VS : 95 mm à la 1ere heure et 120 mm à deuxième heure.
- fibrinogene : 6g/l.
- ponction ganglionnaire : petits lymphocytes, quelques polynucléaires neutrophiles et oesinophiles, présence d'une cellule volumineuse de 40 à 60 micron de diamètre, noyau multilobé, nucléole : cellule de sternberg.

- **interprétez ces examens et quel est le diagnostic à évoquer.**

- Quel est l'examen indispensable au diagnostic et que donne-t-il comme résultat ?

- **Après avoir confirmé votre diagnostic, quels sont les examens à faire dans ce cas et quel est leur intérêt ?**

- **Comment allez-vous classer le patient, si le télé thorax révèle des adénopathies médiastinales ?**

- **Quels sont les mécanismes de l'anémie dans la leucémie lymphoïde chronique ?**

- Citez 2 signes biologiques considérés comme de mauvais pronostic dans la LLC ?

- Un jeune homme de 35 ans, **cinquième d'une fratrie de 8, présente une LMC en** phase myelocytaire. **quelle est l'attitude thérapeutique chez ce patient ?**

- Devant un tableau d'hémolyse chronique, **quels sont les examens à demander en** 1er lieu ?

- **Quelles seront les résultats de l'électrophorèse de l'Hg chez les parents d'un** enfant porteur d'une S/Bêta thalassémie ?

- Définition de la rémission complète dans la leucémie aiguë ?

- Citez 3 facteurs cliniques **de mauvais pronostic dans la leucémie aiguë** lymphoblastique :

- Un sujet âgé de 70 ans, consulte pour asthénie, pâleur cutanéo-muqueuse et douleurs osseuses du rachis dorsolombaire et du bassin, rebelles aux antalgiques mineurs, à l'examen physique on ne retrouve pas adénopathie ni de splénomégalie.
  - quelles sont les diagnostics les plus probables ?

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
TIZI OUZOU

MODULE D'HEMATOLOGIE
EXAMEN DE QUATRIEME ANNEE
(date : 27 novembre 2002)

- Un adulte de 28 ans consulte pour Asthénie, Dyspnée à l'effort évoluant de puis 02 mois.

ATCD : méme symptomatologie il y a 3 mois, transfusé de 2 unités de sang.
Profession : préparateur en teinture pour textile à la sonitex.
A l'examen : pâleur cutanéo-muqueuse, pétéchies aux jambes et au bras, pas de syndrome tumoral.
- Qu'évoque pour vous cette symptomatologie en attendant les résultats de l' hémogramme :

- Interprétez les examens pratiques chez ce patient :
GR : 2000000/mm3 ; HB : 6g/dl. Ht = 18 %. Plq : 71 000/mm3.
Gb : 3000/mm3 (40.2.0.55.3) Ret : 2%.

- Pouvez vous évoquer un diagnostic ? quel sont les 02 examens essentiels à faire successivement pour confirmer ce diagnostic et que montrent-ils.

- Est il possible d'évoquer une cause de cette affection ? laquelle ?

- Une jeune fille de 26 ans, consulte pour une adénopathie cervicale gauche évoluant depuis 6 mois avec amaigrissement de 10 kg et de fièvre à 39°.

- Examen clinique : - état général conservé : T° = 38°, pouls =90'/minutes.
- adénopathie cervicale basse gauche de 4 cm de diamètre.
- absence de splénomégalie FH : 11 cm.

Le reste de l'examen clinique est normal.
- quel sont les 03 diagnostics qui peuvent être évoqués ?

- Les examens complémentaires sont fait chez cette patiente :
GR : 2 900 000/mm3 ; HB : 10g/dl. Ht = 18 %. Plq : 280 000/mm3.



- Mme B.M. âgée de 41 ans, est adressée en consultation d'hématologie pour pâleur cutanéo-muqueuse.

À l'interrogatoire : - G8P8 (dernier enfant est âgé de huit ans)
- elle se plaint d'asthénie et de dyspnée d'effort évoluant depuis six mois.
- notion de métrorragies depuis une année.

À l'examen : - pâleur cutanéo-muqueuse franche.
- ongles fin, striés, cassants.
- souffle systolique de 2/6 maximum au foyer mitral.

- Quel est le diagnostic le plus probable et quels sont vos arguments ?

- Quels sont les examens de 1er intention demanderiez-vous pour étayer le diagnostic ?

Un bilan a été fait chez cette patiente :
GR : 3 500 000/mm3 ; Gb : 6 500/mm3 (70.01.01.28.00) ; Plq : 500 000/mm3.
FS: GR : microcytose ++ , hypochromie ++ ; poikylocystose.
taux de réticulocyte = 1.5%. PL = ++++.

- Interprétez l'Hg.

- Quels sont les examens à demander pour c[illegible]rmer le diagnostic ?

- Quel traitement proposeriez vous à cette patiente ?

BONNE CHANCE